

741

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Joseph PITAT

Né le 28 janvier 1908, à la Guadeloupe
Ancien interne Provisoire de l'Assistance Publique de Paris

PROPHYLAXIE DE LA LÈPRE
A LA GUADELOUPE

(NOTES, ÉVOLUTION, SUGGESTIONS)

Président : M. L. TANON, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Joseph PITAT

Né le 28 janvier 1908, à la Guadeloupe
Ancien interne Provisoire de l'Assistance Publique de Paris

PROPHYLAXIE DE LA LÈPRE
A LA GUADELOUPE

(NOTES, ÉVOLUTION, SUGGESTIONS)

Président : M. L. TANON, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 Justin BESANÇON. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
VALLÉRY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			
MM.			
ÉCALLE.	Clinique obstétricale.		
GUÉNIOT.			
LE LORIER.			
LÉVY-SOLAL.			
METZGER.			

V. — CHARGES DE COURS

MM.		
CHAILLEY-BERT	agrégé ...	Éducation physique
LEDOUX-LEBARU		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.
RUPPE		Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON ONCLE C. RENAISON

*Puisse-t-il trouver ici une preuve de ma
reconnaissance pour l'intérêt qu'il n'a
cessé de porter à mes études.*

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène et de Médecine Préventive
à la Faculté de Médecine de Paris
Professeur à l'Institut de Médecine coloniale
Professeur à l'Institut supérieur d'Hygiène
Conseiller technique du Ministère de la Santé Publique
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.
Qu'il trouve ici l'expression de notre res-
pectueuse reconnaissance pour l'honneur
qu'il a bien voulu nous faire en acceptant
la présidence de cette thèse.*

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR DELBET

M. LE PROFESSEUR CARNOT

M. LE DOCTEUR FREDET

M. LE PROFESSEUR TROISIER

M. LE DOCTEUR BARIÉTY

Médecin des Hôpitaux de Paris

*Qui a véritablement fait notre éducation
clinique et développé notre sens clinique.*

M. LE DOCTEUR GRENET

M. LE PROFESSEUR METZGER

M. LE DOCTEUR MILIAN

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

M. LE PROFESSEUR MARION

M. LE DOCTEUR VELTER

Ophtalmologiste des Hôpitaux

Internat :

M. LE DOCTEUR MORANCE

Médecin-chef du Sanatorium d'Hendaye

*Qui nous a guidé dans la pratique radio-
logique.*

• PROPHYLAXIE DE LA LÈPRE A LA GUADELOUPE

(NOTES, ÉVOLUTION, SUGGESTIONS)

Introduction.

De tous les problèmes de pathologie exotique celui de la lèpre est un des plus angoissants.

La lèpre, la syphilis et l'alcoolisme constituent, à la colonie, les principales maladies sociales.

Si le cancer et la tuberculose ne sont pas très fréquents, comme dans les pays tempérés, on ne peut pas dire autant de la lèpre, de la syphilis et de l'alcoolisme.

En ce qui concerne les lépreux, la difficulté de lui faire suivre un traitement régulier, son manque d'hygiène et de discipline, son indifférence pour le monde extérieur, enfin l'excès de sentimentalité dont font preuve ses parents, sont autant de facteurs contre lesquels il faut lutter, afin d'amener ceux qui sont atteints à se soigner et d'instituer chez d'autres (sujets sains ou porteurs de germes) une prophylaxie rationnelle.

La plus haute sagesse d'une science sanitaire se montre non seulement dans l'isolement des malades

contagieux, mais dans la connaissance des conditions spéciales où la contagion se produit ; c'est de ces connaissances que doivent découler les mesures de protection.

La lèpre ne se propage point à la façon d'une maladie aiguë, mais selon un mode comparable à celui de la tuberculose et de la syphilis. Le danger de la contamination dépend de la forme de la maladie, de son stade d'évolution et des conditions de contact. C'est pourquoi nous nous proposons dans ce modeste travail de montrer que tout l'intérêt de la question réside dans la prophylaxie. Prophylaxie bien conçue, surtout dans le domaine de l'hygiène. Désormais, le malade conscient, instruit de son état pourra être soigné et non condamné à l'isolement pour le reste de sa vie.

Nous portons un grand intérêt à la question du traitement et surtout de la prophylaxie de la lèpre aux Antilles et en particulier à la Guadeloupe.

Nous appuyant sur :

- 1^o Le rapport de la Commission d'Etude de la lèpre aux Antilles que présidait en 1931 le Dr M. Léger accompagné du sénateur Even ;
- 2^o L'organisation actuelle de la prophylaxie anti-lépreuse à la Guadeloupe d'après nos *constatations personnelles*,

nous montrerons l'imminence du danger, danger contre lequel nous mettais déjà en garde le professeur Jeanselme, en 1912, quand il écrivait : « Il faut

instruire la population des dangers qu'elle court... Il faut ouvrir des Asiles au *moins décents* où tout lépreux quelle que soit sa condition, consente à se réfugier, c'est là le devoir des autorités administratives ».

La prophylaxie de la lèpre n'a jamais été organisée à la Guadeloupe jusqu'en 1930. Les résultats obtenus depuis cette date sont très encourageants ; mais il n'existe pas de méthode rationnelle pour amener les sujets suspects à venir à la consultation. L'endémicité règne. Or, pour atteindre la lèpre aux colonies, il faut une organisation complexe analogue à celle que les pays civilisés ont montée contre la tuberculose. Cette organisation sociale sera difficile, il est vrai, à réaliser, mais réalisable quand même. C'est une question urgente à laquelle nous devons tous coopérer pour enrayer ce terrible fléau qui frappe 4 à 5 ‰ de la population quelle que soit sa race.

Ce qui a été fait jusqu'en 1935.

Pour donner une idée du nombre de lépreux en Guadeloupe et pour pouvoir attacher une signification à ce nombre, donnons au préalable quelques chiffres montrant ce qu'est la lèpre ailleurs et aux environs de la Guadeloupe :

- Indes anglaises, plus grand foyer du monde entier, un million de lépreux sur 315 millions d'habitants : soit un peu plus de 3 ‰.
- Chine : moyenne générale des divers cantons, 1 ‰.
- Japon (Formose), 1 ‰.
- Siam, 2 ‰.
- Colombie, pays où la lèpre est très répandue, on compte en effet 15.000 lépreux sur 8 millions d'habitants, soit 2 ‰.
- Cuba, 1.500 lépreux, 0,4 ‰.
- Porto-Rico, 780 lépreux, 0,6 ‰.
- Barbade, 180 lépreux, 1 ‰.
- Trinidad (Trinité) et Tabago, 2 ‰.
- Saint-Kitts, Névis, Antigues, 4 ‰.

En Guyane française, on ne fait pas créance aux statistiques.

En 1927, au conseil de révision, 48 jeunes gens

sur 500 ont été « réformés pour cause de lèpre », soit 10 %, cela ne veut pas dire que 10 % de la population est atteint de lèpre, non, mais il faut tout de même compter une moyenne relativement élevée, à peu près 10 ‰.

Rappelons en passant que c'est au Congo belge dans la tribu des Bantus qu'on a trouvé le pourcentage le plus élevé, 80 ‰.

Martinique	600
Guadeloupe	250

soit 850 lépreux pour un total de 500.000 habitants. Sur ces 850 lépreux 75 seulement sont internés à la Désirade, les 775 autres sont ailleurs, dans leur famille, ... soignés ou non. Ces chiffres sont tout à fait inférieurs aux chiffres réels, car nombre de lépreux sont dissimulés, cachés par leurs parents, ils constituent pour ceux-ci la plaie de la famille. « Ces statistiques officielles de l'Administration font sourire, écrivait le Dr Léger, elles indiquent 20 lépreux non internés alors, qu'en réalité, il y a des centaines, voire des milliers. »

En effet, on compte actuellement aux Antilles (Guadeloupe et Martinique) 3.000 lépreux environ, dont 1.500 pour chacune des deux îles, soit 6 ‰ de la population. La maladie n'a pas cessé de faire des progrès, les moyens prophylactiques n'existant pas.

Nous extrayons le passage significatif suivant du rapport que M. Léger a fait sur les colonies françaises d'Amérique à la Commission consultative du Ministère des colonies au sujet de la Guadeloupe : « En

dehors de ces statistiques forts incomplètes on n'est pas fixé, même approximativement sur le nombre de lépreux non internés qui vivent dans les Antilles. On sait seulement que toutes les classes de la société et toutes les races payent le tribut à la lèpre. Durant la courte mission sanitaire à la Guadeloupe dont j'ai été chargé en décembre 1931, j'ai rencontré presque journellement des lépreux dans les rues. Il y en a dans le personnel de diverses administrations, il y en a parmi les ouvriers et les travailleurs du port, il y en a dans les hôtels et les restaurants comme serveurs de table. Ce qui existe à la Guadeloupe, existe pareillement à la Martinique peut-être même à un degré plus élevé. » Un chirurgien établi à la colonie « se faisait fort de montrer (aux membres de la Commission) au moins 20 lépreux en se promenant une matinée à Pointe-à-Pitre. »

Le Chef du service de Santé le Dr Passa écrivait en 1927 : « Beaucoup de lépreux circulent librement dans les rues ».

Un fait est certain, c'est que le nombre va en augmentant. Quelle en est la cause ? Qu'a-t-on fait depuis l'apparition de la lèpre sur le sol de la Guadeloupe ?

*
* *
*

Cette maladie, en effet, n'a pas toujours existé à la Guadeloupe, elle est comme tant d'autres, une maladie d'importation. Elle a été importée d'Afrique par les esclaves lors de la traite. Pour enrayer ce terrible fléau,

des mesures sévères étaient alors prises. Une commission procédait à l'examen des esclaves et au moment de la vente un certain nombre d'entre eux était éliminé. Une ordonnance rédigée par Colbert dans le Code noir, en 1718, autorisait les tribunaux aux colonies « à déclarer nulle la vente d'un esclave présentant le moindre symptôme de lèpre ». Cela ne faisait pas l'affaire des capitaines-négriers de voir éliminer ainsi une partie de la cargaison humaine, leur horrible commerce en souffrait. Alors, de même qu'ils frottaient les gencives des esclaves avec du piment pour leur donner une teinte rouge inflammatoire et bien faire ressortir l'armature dentaire, signe de vigueur et de résistance, ils maquillaient les taches que présentaient certains esclaves et pouvaient ainsi tromper la vigilance des membres de la Commission et vendre leur bétail humain.

Grâce à ce procédé inhumain employé par les capitaines négriers, la lèpre fut répandue à la Guadeloupe et les colons ainsi que leur famille ne furent pas plus épargnés que les autres noirs, toutes les races et toutes les classes sont invariablement touchées ; en 1728, au moment de la création de la léproserie de la Désirade, la visite médicale passée à la Guadeloupe montra 125 lépreux dont 22 appartenant à la race blanche, soit donc 20 % du nombre. Or, 10 % de la population de la Guadeloupe est blanche, donc la race blanche était deux fois plus touchée que la race noire.

La race noire cependant semble être plus touchée que

d'autres à la Guadeloupe, un coup d'œil sur les internés de la Désirade semble nous le prouver. Cependant, ce n'est pas à la léproserie qu'il faut aller chercher pareille statistique, la question d'isolement à la Désirade ne se pose que pour les malheureux vagabonds ou les indigents, les autres sont isolés dans des maisons de campagne, ou vivent bien tranquillement dans leur famille « Il y a des lépreux partout dans les familles riches comme dans les familles pauvres, dans les familles nouvelles comme dans les vieilles familles qui s'unissent entre elles. »

Les habitudes de promiscuité, un mépris plus ou moins grand des règles de l'hygiène suffisent à expliquer les prédispositions apparentes de certaines races.

Donc dès son apparition en Guadeloupe toutes les races et toutes les classes de la société furent prises. Si la lèpre au lieu de décroître a subi une marche ascendante la faute en est à l'Administration et plus encore à la classe aisée de la société guadeloupéenne. Tandis que le malheureux indigent, le vagabond était systématiquement envoyé à la Désirade, ceux qui appartenaient à la classe aisée pouvaient se soustraire facilement à la loi, et rester chez eux, non isolés, ne se traitant pas, n'allant à aucune consultation médicale de peur d'être repérés et signalés, et ainsi, ils semaient la contagion partout.

Si on s'était préoccupé comme il faut de la question de prophylaxie, il n'y aurait pas les foyers qu'on trouve actuellement. Et l'endemicité ne régnerait pas.

De tout temps, tous les peuples ont toujours lutté très énergiquement, souvent trop énergiquement même, contre la lèpre.

« Maladie illustre », elle est la plus horrible de toutes et depuis la plus haute antiquité les peuples ont cherché à se protéger de ce fléau social. Des mesures souvent très sévères et même draconiennes étaient prises contre ces malheureux. Dans certaines régions, ils étaient astreints à porter un vêtement dénonciateur et des insignes, à faire tinter une clochette, à agiter une crécelle ou sonner de la corne pour prévenir et signaler leur présence aux passants.

Au moyen âge, dans le Laos, dès qu'un lépreux était signalé *quelle que fut sa fortune ou la noblesse de sa famille*, on l'isolait en pleine forêt ou sur un banc de sable au milieu du Mé-Kong ; quand le village était situé au bord d'une rivière on lui construisait une case sur la rive opposée, où ses parents lui portaient la nourriture et où il devait demeurer jusqu'à sa mort, alors on l'incinérail avec sa cabane, etc., etc.

A cette même époque, le diocèse de Paris formulait à l'égard des lépreux : « Je te défends d'entrer ès églises, marchés, moulins et lieux auxquels il y a affluence de peuple, je te défends laver tes mains et choses à ton usage ès fontaines, ruisseaux, et si tu veux y boire faut prendre avec un vaisseau honneste... Je te défends manger et boire en autres compagnies que lépreux... etc... » ; et devant sa cabane le lépreux prononçait la formule : « Cette retraite est mienne, ici j'habiterai à jamais parce que je l'ai choisie ».

On pourrait remplir des chapitres si on voulait montrer avec quelles rigueurs les lépreux étaient traités jusqu'il y a encore un siècle, dans les diverses parties du monde. Et grâce à des systèmes défensifs presque aussi rigoureux que les précédents, grâce aux progrès de l'hygiène domestique et sociale on a observé en Europe du xvi^e au xix^e siècle une régression et même une extinction presque complète de la lèpre. Avec le xx^e siècle, on est devenu plus tolérant plus humanitaire les lois sont devenues plus souples.

En effet, nous voyons la lèpre classée tantôt parmi les maladies à déclaration obligatoire tantôt ailleurs. Actuellement, sa déclaration est obligatoire. A la Guadeloupe, il n'existe aucune réglementation. Aussi devant la médiocrité des résultats obtenus jusqu'à présent, nous estimons que la colonie ne doit pas rester avec les données anciennes, elle doit modifier, moderniser sa prophylaxie. Dans le monde entier, les conceptions prophylactiques ont subi une évolution, la médecine se développant de plus en plus tend vers une forme particulière *la médecine préventive* qui n'est pas une métamorphose. La commission de la lèpre de la Société des Nations déclarait que la prophylaxie de la lèpre doit être pratiquée dans l'esprit de la médecine préventive et de l'hygiène sociale.

Jusqu'en 1930, toute la prophylaxie consistait dans l'isolement des malades à la Désirade à un stade très avancé de la maladie

* * *

La Désirade, terre des lépreux, isolée et aride, est un îlot situé au nord-est de la Guadeloupe à 63° longitude ouest (méridien de Paris) et à 16° latitude nord, séparée de la Guadeloupe par un canal toujours agité, sa superficie est 27 km. carrés, elle compte 1500 habitants appartenant presque tous à la race blanche, fils et petits-fils d'anciens marins normands et bretons qui les premiers s'établirent aux Antilles, ils sont actuellement en pleine dégénérescence physique et intellectuelle. Très pauvres et ayant conservé dans leur simplicité d'esprit une puérile fierté de leur race, ils s'accouplent entre eux pour éviter tout apport de sang étranger, aussi leurs rejetons sont-ils des dégénérés.

Sur cet îlot, en 1728, on réunit tous les lépreux de la Martinique et de la Guadeloupe ; à cette époque, il n'y eut pas à proprement parler de création de léproserie mais on mettait à la disposition des lépreux, dans un certain rayon, des superficies de terre, et là, les non indigents devaient construire des petites cases et cultiver le reste du terrain. Les indigents étaient sur le compte de la colonie, les esclaves sur le compte de leur maître.✓

Soixante ans plus tard, en 1788, aucune surveillance n'étant exercée sur eux, ils délaissèrent la Désirade pour gagner la Guadeloupe.

En 1792. ils furent réunis et envoyés de nouveau à la Désirade, on s'occupa alors sérieusement de la

construction d'une léproserie et en 1795, ces malheureux de toutes races possédaient enfin un refuge. Treize ans après sa construction, en 1808, elle fut détruite lors de la prise de l'île par les Anglais. Réédifiée en 1811, on ne put y réunir tous les lépreux qu'en 1829 ; depuis cette époque, elle fonctionne jusqu'à nos jours : « les malades sont logés dans un bâtiment oblong avec des cellules à deux lits. Un mur sépare le côté des hommes de celui des femmes..., etc. » Nous avons, en 1927, constaté l'exactitude de cette description. Le Dr Passa ancien Chef du service de Santé écrivait à cette époque : « les aménagements actuels de la léproserie obligent malheureusement les améliorés à demeurer dans un milieu où la réinfection est inévitable ».

Ces malheureux sont très sensibles aux souffrances physiques et aux épidémies. L'épidémie de choléra de 1866 fit 26 décès sur 120 lépreux. Le cyclone du 12 septembre 1928, qui ravagea une partie de l'île et détruisit en partie la léproserie, a été cause de 23 décès sur 96 malades, par souffrances physiques.

L'hygiène corporelle est un facteur prédominant dans le traitement de la lèpre ; or il est presque impossible de réaliser cette hygiène à la Désirade ; il n'existe pas d'eau ; l'eau de pluie recueillie sur les toits sert à l'alimentation ; on a rapporté que les lépreux se servaient d'eau de mer pour se laver le corps. Ce n'est certes pas le moyen d'éviter les irritations cutanées, bien au contraire.

La question de l'eau est primordiale dans le traitement hygiénique.

Il faut de l'eau potable.

Il faut de l'eau pour la toilette.

Il faudrait de l'eau pour des cultures de légumes qu'entreprendraient les lépreux.

Quoi de plus simple d'installer un appareil pour distiller l'eau de mer...

Le malade pourra faire usage de savon à base de chaulmoogra dont l'emploi est si recommandé...

Un crédit d'un million et demi de francs a été voté après le cyclone pour la reconstruction de la léproserie ; de nouveaux bâtiments ont été érigés dans l'enceinte préexistant. Le sort des malades a-t-il été amélioré ? La léproserie ne reste-t-elle pas toujours un lieu de terreur où l'on va finir ses jours ? Elle ne devrait pas être une prison, mais un sanatorium où les internés goûtent tous les avantages de la liberté, sauf celui d'en sortir. Ainsi conçue, la léproserie ne ferait plus la terreur des malades.

L'idéal à notre avis serait de créer à la Désirade un village de lépreux, les résultats thérapeutiques qu'on obtiendrait seraient plus brillants, car l'état psychique des malades serait meilleur.

Elle a été dirigée pendant une quarantaine d'années, par le D^r Noël qui s'occupa notamment des enfants nés à la léproserie, question difficile à solutionner. La mère, en effet, ne doit pas et le plus souvent ne peut pas élever son enfant, chétif, celui-ci supporte mal l'allaitement artificiel. La question de nourrice mer-

cenaire se pose, mais la difficulté de la trouver à la Guadeloupe, ensuite le danger pour elle d'être contaminée par l'enfant font qu'on y renonce le plus souvent. « Dès leur naissance, écrivait Noël, ils doivent être séparés de leur mère et transportés hors de l'hospicé. L'allaitement artificiel étant défectueux, surtout aux pays chauds, il ne doit être tenté qu'à 3 mois au plus tôt, alors que l'enfant est déjà un peu développé et qu'il est susceptible de supporter l'usage du biberon. Dans la journée, on donne à l'enfant, à peu près toutes les 3 heures, le sein de la mère préalablement lavé à l'eau boricuée, ou avec une solution de permanganate de potasse. Le mamelon est garni d'un bout de sein en caoutchouc constamment tenu aseptique. L'enfant est entièrement recouvert d'une blouse et n'a aucun contact direct avec la peau de la mère ; il est enlevé aussitôt après la tétée. La nuit, il prend de l'eau bouillie sucrée et aromatisée pendant les premières semaines ; plus tard, on lui donne du lait coupé. Le sevrage n'a lieu qu'à 6 mois et c'est alors seulement qu'il est confié à des parents qui veulent bien s'en charger et l'emmener hors du foyer lépreux. » A notre avis, la question de l'élevage des enfants ne sera résolue que quand la question d'union et de mariage entre lépreux sera elle-même définitivement résolue. On doit permettre le mariage entre lépreux, mais à condition de les rendre tout d'abord stériles. Cette stérilisation, n'étant inscrite nulle part dans les règlements des léproseries, devra se faire avec l'avis des deux futurs conjoints. De cette manière, on

apportera quelques joies dans la vie de certains lépreux et en même temps on mettra la société à l'abri d'une charge future, le rejeton presque certainement contaminé.

En 1933, la léproserie déjà depuis un certain temps était dépourvue de direction médicale régulière, un médecin militaire y faisait une visite bi-mensuelle, s'appliquant de son mieux à instituer un traitement à l'hyrganol et au collobiase de chaulmoogra Dausse les résultats obtenus auraient été satisfaisants.

Actuellement le Père Maurice s'est dévoué au service de cette léproserie.

*
* *
*

A part cet isolement *obligatoire*, pour ceux qui sont dans le dénuement, *facultatif*, pour les autres qui peuvent se soustraire au contrôle, rien n'a été tenté au point de vue prophylactique dans les villes et communes jusqu'en 1930 ; aucun dispensaire, aucun institut n'existait, sauf à Pointe-à-Pitre où il existait un vague laboratoire de bactériologie. Ce laboratoire, depuis sa création jusqu'en 1930, n'a pratiquement jamais fonctionné ; il était alors dirigé par Fabre.

En 1908, Boutin écrivait dans une thèse de Paris : « La France est devenue ce qu'on appelle une grande puissance coloniale. Elle s'est emparée de vastes territoires dont elle espère tirer du profit et quelque gloire. La lèpre sévit presque partout, sur les populations qui les possédaient. Nous leur avons ôté l'in-

dépendance et une partie de leur terres, trop souvent elles ont reçu de nous la variole, la tuberculose, la syphilis et l'alcoolisme. Il y aurait quelque justice et quelque honneur à les soulager un peu de leurs maux et à faire disparaître un fléau qui les décime. »

En 1911, Jeanselme et Laveran présentaient à la Société de Pathologie exotique un rapport dont la 5^e proposition était la suivante : « Prendre des mesures rigoureuses pour enrayer les progrès de la lèpre dans nos colonies. »

En effet, il existe 5 millions de lépreux sur la surface du globe ; le domaine colonial français, qui comprend 60 millions d'habitants, compte 120.000 lépreux, soit 2 ‰ de la population coloniale ; il est donc juste et équitable d'instituer comme il a été fait en Europe des mesures de protection et surtout des mesures de prévention.



Actuellement, en France même, on s'occupe des malades venant des colonies ; il existe en effet à Paris à l'hôpital Saint-Louis un pavillon spécial pour recevoir les lépreux de France et des colonies, le « pavillon des maladies exotiques » ; il a été édifié par l'Association des OEuvres hospitalières françaises de l'Ordre de Malte, avec le concours de l'Assistance publique de Paris, sur les demandes réitérées du regretté professeur Jeanselme. La vie des malades qui y rentrent est très douce, nullement comparable à celle de ceux de la Désirade.

En 1930, des réformes, des réorganisations ont été opérées au laboratoire de bactériologie de Pointe-à-Pitre et des travaux ont été entrepris dans beaucoup de domaines, en particulier sur la lèpre et la syphilis. Beaucoup d'examens bactériologiques et biopsiques ont été faits. Plus d'une fois, le diagnostic précoce de la lèpre a été fait.

En 1933, un pharmacien des troupes coloniales travaillait sur l'huile de chaulmoogra, ses éthers et ses principes nauséux. Il procédait à l'oxydation de l'huile de chaulmoogra par l'acide nitrique reprenait le produit de l'oxydation par l'alcool et aboutissait à une teinture qui d'après lui aurait donné des résultats satisfaisants.

Dans son rapport de 1934, Lefrou, directeur du laboratoire, donnait les chiffres suivants pour la lèpre :

sur 219 sujets suspects examinés 102 étaient reconnus porteurs de bacilles de Hansen.

— *Dans les centres les moins touchés le taux d'infection est de 2 à 4 ‰.*

— *Dans les communes reconnues comme foyers, le taux est de 10 ‰.*

L'œuvre du Laboratoire va sans cesse en croissant.

Il manque malheureusement d'organisation sociale qui puisse aider cet organisme à dépister et traiter les malades. « Les lépreux à la Guadeloupe ont toute

liberté de semer l'infection comme bon leur semble... il n'existe aucune réglementation : un lépreux homme ou femme s'emploie comme il veut... les lépreux maculeux papuleux exercent toutes professions, il y a notamment des cuisinières et des bonnes à tout faire ».

L'Ecole aussi est un lieu de contagion : « Dans les écoles dont j'ai passé l'inspection médicale, nous dit M. Léger, j'ai aperçu deux douzaines au moins d'enfants ayant des taches suspectes ou des nerfs cubitaux doublés ou triplés de volume ». Voilà donc 24 jeunes gens contaminés dans leur famille, et vivant en promiscuité avec d'autres qui sont sains, pourra-t-on enrayer le mal en laissant les choses telles qu'elles sont ? *Non.*

Toute la Prophylaxie est à organiser.

Aussi, c'est dans ce but que nous proposons l'établissement d'une législation spéciale de la lèpre. C'est une maladie dont la déclaration est obligatoire et en même temps facultative ; lié par le secret professionnel le médecin ne peut intervenir utilement en faveur de la société, son rôle se réduit à donner des conseils aux lépreux pour éviter la contamination de son entourage, ces avis qui ne sont pas impératifs sont rarement écoutés (Jeanselme).

Le lépreux au point de vue transmission de sa maladie est comme le tuberculeux, indifférent ou hostile à la société, il s'intéresse à ce qu'on fait pour le guérir et se moque bien de ce qu'on peut faire pour empêcher la dissémination des bacilles qu'il porte.

Contrôle épidémiologique et vulgarisation des connaissances générales.

Il faut faire le contrôle épidémiologique : savoir où sont les lépreux et combien ils sont. Pour cela, il faudra procéder au recensement des malades, ce qui permettra en même temps de connaître le pourcentage de lépreux. Si le péril vient du lépreux, il est essentiel de savoir où ce péril existe.

Selon Zeferino, la méthode qui donnerait le plus de garanties serait la suivante : « Des photographies et des dessins des différentes formes de la maladie, accompagnés de notes explicatives seraient envoyés aux fonctionnaires, aux autorités, et aux notabilités locaux, puis à des jours fixés par avance, des médecins versés dans cet ordre d'études parcourraient les villages et examineraient les suspects. Les autorités locales seraient tenues, sous peine d'amende ou d'emprisonnement, de faire conduire au dispensaire du village les vagabonds suspects trouvés sur son territoire. Ces suspects seraient réunis et visités par le médecin spécialiste assisté du médecin du village. S'ils sont reconnus sains, ils seront immédiatement

libérés. S'ils sont reconnus lépreux, ils seront internés dans une léproserie ».

Les malades aisés seraient tenus eux aussi de se présenter à la visite ou de faire parvenir au médecin une fiche sanitaire prouvant qu'ils sont traités, soit au laboratoire de bactériologie (en attendant la création d'un institut prophylactique), soit chez un médecin particulier. On punira sévèrement les autorités locales dont les lépreux aisés auront acheté le silence.

Si ce dépistage et ce dénombrement semble être difficiles à réaliser, on pourrait dans chaque commune donner la tâche aux curés. Presque toutes les familles étant catholiques, elles accepteront la visite, et certaines seront même flattées de recevoir le « Vicaire visiteur ». Ce dernier, assez qualifié dans la matière, dépisterait ainsi un grand nombre de lépreux... il continuerait son œuvre même au confessionnal, pour le plus grand bien de tous.

Il est de toute nécessité de faire pénétrer dans l'esprit du public les notions de contagiosité et de gravité de la lèpre. On luttera contre l'inertie, l'incurie, et surtout les idées fatalistes que la plus grande partie de notre petite population professe. Il faut qu'elle cesse d'attribuer au châtement du ciel, à la sorcellerie ou au hasard du sort les maux qui l'assaillent. La vulgarisation des idées de contagion fera réussir la question de l'isolement précoce. Ces idées étaient déjà répandues en Europe bien avant 1872, année où Hansen découvrit l'agent pathogène spécifique de la lèpre, ce qui permit de prendre des pré-

cautions hygiéniques et limiter ainsi l'extension de la maladie.

Des conférences, avec des planches illustrées ou même des projections cinématographiques seront faites, des petites brochures seront distribuées, en un mot l'éducation du public sera faite, il connaîtra le danger et pourra l'éviter. Les agents de police, les surveillants des marchés, les conducteurs de voitures publiques, les prêtres, les pharmaciens, les autorités locales, les notabilités posséderont ainsi une certaine connaissance de la maladie et sauront reconnaître ceux qui en sont atteints et les signaler.

On rédigera des affiches accompagnées de photographies montrant les signes apparents de la lèpre, les dangers de la contamination, la rapidité avec laquelle l'affection change l'homme en bête hideuse, la déchéance physique morale et intellectuelle de l'être. On montrera, que la lèpre est une maladie à évolution très longue (quelquefois 30 ans), et que prise au stade du début l'affection est guérissable, tous au moins on peut la fixer, arrêter son évolution, tandis qu'un traitement institué tardivement n'empêche pas l'évolution vers la fin fatale.

On fera connaître les conditions de contamination.

Contagiosité et agents vecteurs.

Le bacille de Hansen s'élimine par les sécrétions normales et pathologiques :

1° *Le mucus nasal* où le bacille existe en « nombre colossal », témoin la rhinite quasi constante, qu'on observe chez les sujets atteints. Kitasato a montré qu'il existait des bacilles dans les sécrétions nasales de 5 % des sujets vivant en contact avec les lépreux ;

2° *Les mucosités bucco-pharyngées et pulmonaires* : la toux, et en particulier l'éternuement ou le fait de parler sont les moyens de propagation des bacilles. Schaeffer plaça un sujet atteint de lèpre à forme tubéreuse à 1 m. 50 de quelques boîtes de Pétri et le fit parler pendant 10 minutes, l'analyse bactériologique des gouttelettes de mucus révéla le nombre considérable de 40.000 à 185.000 bacilles.

Donc 10 minutes de conversation avec un sujet atteint de lèpre tubéreuse = 185.000 bacilles expulsés (en théorie) dans le milieu ambiant. Les mêmes résultats ont été observés chez les tuberculeux avec le bacille de Koch, d'ailleurs, il y a un rapport très étroit, entre lèpre et tuberculose non seulement, au point de vue microbiologique (on sait bien que

bacille de Hansen et bacille de Koch ont des caractéristiques communs), mais au point de vue association, le hanséniste meurt souvent d'une affection intercurrente qui, dans la majorité des cas est la tuberculose, la bronchite fétide, la pneumonie de déglutition. Les crachats des malades renferment des bacilles en abondance. Ses mouchoirs sont souillés de bacilles.

3° *Les larmes*, le cul-de-sac conjonctival contient des bacilles, témoin les conjonctivites et les lésions oculaires fréquentes dans la lèpre ;

4° *Les sécrétions pilo-sébacées et sudorales*. « Plusieurs fois j'ai trouvé un dépôt abondant de bacilles sur la couche cornée de l'épiderme, je suis porté à croire que ces microbes ont été déposés à la surface par les follicules pileux », dit Jeanselme.

Rappelons que le même fait a été signalé par Calmette et d'autres à propos de l'élimination sudorale des bacilles de Koch ;

5° *Sécrétions génitales*, dans l'ovaire dans les canaux de Pflügge, dans les follicules de de Graaf, dans les muqueuses de la trompe de l'utérus et du vagin, dans l'urètre de l'homme (cause de l'urétrite lépreuse si fréquente) d'où transmission possible des bacilles par le sperme ;

6° *La sécrétion lactée* ;

Cette question n'est pas définitivement résolue ;

7° *Les urines* en cas de lésions rénales ;

8° *Les matières fécales* ;

9° Toute collection purulente de l'organisme est capable d'en renfermer ;

10° Le grattage et la desquamation de la peau saine, donc au niveau des interstices des ongles on peut trouver des bacilles, qui ont été prélevés au niveau des lésions cutanées par simple grattage ;

11° La voie transplacentaire peut transmettre le bacille, peut-être sous une forme filtrante.

Donc, toutes les sécrétions de l'homme, qu'elles soient normales ou pathologiques peuvent renfermer des bacilles. Les sources de contamination sont donc multiples.

Le transport des bacilles peut être passif, les malades atteints de lèpre tuberculeuse supportent sur leurs plaies sans même y faire attention des légions de mouches qui se répandent après de tous côtés. Qu'elles viennent à se poser sur une écorchure, sur une légère blessure non protégée, comme en ont si souvent aux jambes et aux pieds les travailleurs des champs, qui à la campagne marchent pieds nus et quelquefois jambes nues, voilà le bacille ensemencé. Aussi trouve-t on plus de lépreux parmi les individus qui sont porteurs de lésions chroniques de la peau.

D'autre part, parmi les personnes qui assistent le lépreux, ou qui cohabitent avec lui, un certain nombre d'entre elles sont atteintes de lèpre latente, les symptômes peuvent se déclarer fort tard 3, 5, 8, 10 ans même après la contamination, ou ne jamais être assez marqués pour être décelables cliniquement. La durée d'incubation ou de microbisme latent pouvant aller jusqu'à 30 ans. Les premières manifestations

sont en effet très discrètes, et ce n'est qu'à un stade plus avancé, quand la lèpre a déjà évolué et a causé dans l'organisme des dégâts importants qu'elle se manifeste extérieurement faisant du lépreux un sujet de dégoût et de répulsion.

La lèpre est donc une maladie contagieuse quoique expérimentalement, on n'a jamais pu réaliser un cas de lèpre. La constatation journalière suffit pour nous le prouver.

Quelles sont les voies de pénétration des bacilles dans l'organisme ?

D'abord, toutes celles du bacille de Koch, la voie bucco-pharyngée, la voie transcutanée, notion assez courante dans la pratique. « Un infirmier en pratiquant l'incision d'une poche purulente chez un lépreux se blessa à l'index droit, la plaie se cicatrisa normalement, mais deux mois plus tard, la peau où elle avait siégée, rougit se tuméfia, il eut de la fièvre pendant trois jours et au bout de trois semaines on vit apparaître les premières manifestations cutanées de la lèpre ».

A part la contamination directe d'homme à homme, existe-t-il, en dehors du transport passif des bacilles, d'autres agents vecteurs, des hôtes du bacille de Hansen ?

On sait que l'origine animale des bacilles de Hansen n'est pas démontrée. Il faut cependant à la colonie, prendre certaines précautions hygiéniques, éviter les piqûres des insectes tels que les mouches, les moustiques, les poux, les puces, les punaises

et les tiques (acares), ne serait-ce que pour éviter d'autres maladies : paludisme, filariose, fièvre jaune, que transmettent ces insectes.

Les rats peuvent avoir la lèpre comme l'homme, au bacille de Hansen correspond le bacille de Stefansky, ce dernier pour Marchoux ne serait qu'une variété de l'autre, bien qu'il ait été jusqu'ici considéré comme indépendant. L'expérience n'ayant pas montré d'une manière définitive que le rat peut transmettre sa lèpre à l'homme, nous ne pouvons pas considérer le rat, quant à présent, comme un des agents propagateurs de la lèpre. Quoi qu'il en soit, les municipalités de certaines villes en particulier, celle de Pointe-à-Pitre rendraient grand service aux habitants de la ville en entreprenant la destruction des rats d'égouts qui sont vraiment trop nombreux, une promenade le soir dans certaines rues de Pointe-à-Pitre suffit pour donner une idée de leur nombre.

Certains poissons seraient des sources de transmission du bacille de Hansen, un préjugé populaire encore assez courant en Guyane, veut que l'homme se contamine en mangeant certaines variétés de poissons, il y a certainement exagération, les sources de contamination sont plus proches et plus directes. Cependant, il ne faut pas rejeter *a priori* cette conception sans chercher à la contrôler car, n'oublions pas que beaucoup de grandes découvertes sont nées de l'empirisme de notions courantes et connues depuis longtemps dans le peuple.

Certains auteurs anglais, Archibald, Stiker, ont

dirigé leurs recherches dans ce sens. Stiker a relevé sur un grand nombre de poissons, en particulier sur le *Gadus morrhua* et le *G. Virens* des lésions dans lesquelles il a pu mettre en évidence un bacille qui présente la plupart des propriétés tinctoriales du bacille de Hansen :

— Il est acido-résistant ;

— Il est alcool-résistant,

mais ces bacilles retenaient inégalement la matière colorante.

Il sera donc recommandé de faire bouillir pendant longtemps tout ce qui rentrera dans l'alimentation comme poisson, de faire usage le moins possible de poissons salés, morue, etc.

Comment doit se faire l'isolement actuellement.

Il est tout à fait illogique qu'on isole les lépreux à lésions ouvertes et qu'on laisse circuler ceux dont les téguments ne sont pas ulcérés, parce que tel lépreux aujourd'hui en état de lèpre dite fermée, peut quelques jours plus tard, au cours d'une poussée, devenir un agent de dissémination du bacille de Hansen. On doit, en effet, considérer tout lépreux quelle que soit la forme de sa lèpre comme atteint de maladie contagieuse.

Si les travaux faits jusqu'à ce jour n'ont pas démontré la contagiosité directe d'homme à homme, nous ne devons pas en l'état actuel de nos connaissances agir comme si la lèpre n'était pas contagieuse.

Si les faits expérimentaux manquent, l'expérience journalière montre le caractère de contagiosité de l'affection et commande des mesures prophylactiques.

Quelques médecins coloniaux écrivaient : « Les pouvoirs publics se sont trompés s'ils ont cru entraver la propagation de la lèpre en séquestrant quelques centaines de malheureux, alors que des milliers de

lépreux exercent librement toutes sortes de métiers et sont disséminés dans le pays. »

*
* *

Il ne faut pas bannir systématiquement le lépreux de la société. Il faut lui persuader qu'un traitement régulièrement suivi contribuera grandement à l'améliorer, que sa maladie peut cesser d'évoluer. M. Léger disait : « Il n'y a aucun inconvénient à ce que le malade repéré, instruit de son état, le secret professionnel étant gardé, continue à venir au dispensaire pour se faire traiter. Mêlé à des syphilitiques, à des pianiques, à des mycosiques, clients nombreux du même dispensaire, il n'aura aucune honte à se montrer et profitera comme tous les autres des étuves de la formation sanitaire, pour faire, de temps en temps, désinfecter ses effets. »

Pour la réalisation de cet idéal, il faudrait supprimer la ségrégation. « L'esprit des règlements est resté trop administratif et n'est pas encore devenu assez médical. » Il ne faudrait plus voir la police arrêter le lépreux comme un malfaiteur dangereux, un paria qu'on repousse et qu'on emprisonne. Ce n'est pas là la manière de procéder pour éteindre la lèpre. Au contraire, on effraie les malades, ils se cachent continuant à semer la contagion. « Je conseille que lorsqu'on les voudra séparer on le fasse le plus doucement et amialement qu'il sera possible, ayant mémoire qu'ils sont semblables à nous. » (Ambroise Paré, 1585).

Pour arriver à instituer un traitement et une prophylaxie rationnels, il faut diviser les malades en 4 catégories :

1^o Ceux qui sont atteints de lèpre au 1^{er} degré, de microbisme latent. Ils seraient soignés chez eux au même titre que les tuberculeux et les syphilitiques. Mais ils n'auraient pas de vie intime avec leur femme et leurs enfants.

2^o Ceux atteints de lèpre au 2^e degré, ils seront tout à fait isolés :

- a) Les malades aisés dans leur chambre ;
- b) Les indigents dans un lazaret d'observation .

3^o Ceux qui présentent des lésions encore plus avancées, iraient tous sans distinction au lazaret dans une section spéciale distincte de celle qui abrite ceux qui sont en observation ;

4^o Le lépreux avéré avec des lésions avancées irait à la Désirade.

Pour les malades atteints au 1^{er} et 2^e degré, l'isolement à la chambre se ferait de la manière suivante : son appartement sera indépendant de celui du reste de la famille, il occupera une chambre et un cabinet de toilette. La chambre sera pourvue de tout le nécessaire et il n'y aura aucun apport d'ustensiles ni dans un sens ni dans l'autre, tout ce qui sortira de la pièce sera désinfecté.

Une blouse sera suspendue à la porte qui donne accès à la chambre, les personnes chargées de lui prodiguer des soins seront tenues de revêtir cette

blouse en rentrant dans la pièce. En sortant, elles abandonneront la blouse, se laveront les mains, et pourront même faire un lavage de gorge, et mettre quelques gouttes dans le nez, surtout si le patient tousse.

Ce malade recevra la visite de son médecin tous les 3 ou 4 mois. Tous les ans, le médecin passera en revue tous les membres de la famille pour découvrir la moindre tache suspecte, la moindre zone d'anesthésie.

Pour les malades atteints de lèpre au 3^e degré l'isolement avons-nous dit se fera dans un lazaret. Nous entendons par là, un organisme bien différent de celui de la Désirade. Elle existerait à Pointe-à-Pitre, ce serait un pavillon du nouvel hôpital, pavillon affecté spécialement à ce service, il constituerait en même temps, après avoir été aménagé en conséquence, l'*Institut Prophylactique de la Lèpre de la Guadeloupe*.

Sa construction et son aménagement pourront être faits grâce aux fonds d'Emprunt prévu pour les grands travaux et mesures sanitaires aux Colonies.

Le Laboratoire de Bactériologie ne s'occuperait alors que de la prophylaxie de la syphilis, et d'autres maladies vénériennes.

De cette manière, traitement et prévention sociale marcheraient de pair.

Les malades seraient plus confiants, la crainte de l'isolement à la Désirade ne serait plus qu'une chimère, et de cette manière on serait certainement étonné du nombre de cas qu'il y aurait à traiter, on

trouverait des lépreux là, où on ne soupçonnait pas en voir et on aurait de véritables surprises.

Si, jusqu'à présent, le nombre de lépreux soignés est bien inférieur au nombre réel existant dans tout le pays, la faute en est aux règlements, contrairement à ce que certains ont écrit que : « Les médecins antillais négligent presque toujours de déclarer les cas de lèpre constatés et cette méconnaissance des règlements interdit toute organisation de la lutte contre la maladie ». Le médecin antillais ne connaît que trop bien la question, tant au point de vue médico-légal qu'au point de vue médico-social. Il connaît les fâcheuses conséquences que pourra entraîner la déclaration systématique de tout cas de lèpre, les principales étant l'éloignement du malade de tout centre de traitement, l'isolement à domicile dans de mauvaises conditions.

La seule solution, et la meilleure à donner à cette question c'est la création de l'*Institut prophylactique de la lèpre de la Guadeloupe*.

Conclusion.

De tout ce qui précède, nous voyons combien est difficile et complexe la question de la lèpre. Les difficultés sont grandes quand il s'agit de prendre des mesures prophylactiques. Ce fléau grandissant n'a pas suffisamment éveillé l'attention des pouvoirs publics et surtout de l'administration locale. Nos dirigeants se laissent aller dans l'inaction et l'incurie, à force de côtoyer le danger, ils finissent comme tout le monde par s'y habituer et à ne plus y faire attention.

Or, dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne guérissons pas la lèpre pas plus que nous ne guérissons pas la tuberculose. Cependant, sous l'influence d'une hygiène bien conçue, d'une thérapeutique suivie, la lèpre s'atténue ou se fixe. Le problème de la guérison radicale ne se pose pas encore.

Le nombre de savants qui dans l'Europe civilisée travaillent pour trouver un antidote à opposer à la tuberculose est assez élevé par rapport aux savants et bactériologistes qui dans les colonies travaillent sur la lèpre ; or, il existe une très grande analogie entre bacille de Koch et bacille de Hansen, nous sommes

portés à croire que la question de la lèpre ne sera jamais résolue avant celle de la tuberculose.

Pour l'instant, nous devons nous borner à opposer une barrière à la diffusion de la maladie. C'est pourquoi nous avons échafaudé ce plan de défense sociale.

Quand nous serons de retour à la Guadeloupe, notre petite patrie, où il existe de nombreux foyers ainsi que nous l'avons montré, nous nous proposons de reprendre cette étude prophylactique si importante pour tous les pays décimés par cette terrible maladie, la plus horrible qui existe, et un jour, la lèpre effroyable, qui a été et qui est encore une réalité, ne sera plus comme tant d'autres fléaux de notre espèce qu'un monstre fabuleux.

Vu : le Président de la thèse,

L. TANON.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

ALFONSECA. — Voies d'émission du bacille de la lèpre. Thèse Paris, 1915.

BOUTIN. — La lutte contre la lèpre. Thèse Paris, 1908.

BURNET. — 1° La lèpre, légende, histoire, actualité; 2° Rapport à la Société d'Hygiène, 1935.

DARIER. — La lèpre à la période contemporaine.

JEANSELME. — 1° Lèpre, 1934; 2° Comment l'Europe du moyen âge se protégea contre la lèpre.

LEFROU. — La lèpre à la Guadeloupe : Extrait du rapport annuel, 1934. *Archives de l'Institut prophylactique*, juillet-septembre 1935.

MARCHOUX. — Conférence internationale de la lèpre. Strasbourg, 1932.

PÉGOURIER. — La grande pitié des lépreux dans les vieilles colonies françaises. Thèse Paris, 1932.

